THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,

PAR

ERNEST-DANIEL MIALLET

Né à Lesparre (Gironde).

DOCTEUR EN MÉDECINE

PARIS

IMPRIMÉ CHEZ BONAVENTURE ET DUCESSOIS

55, QUAI DES AUGUSTINS.

1865

LIBRARY
IS VI

N° 274.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 décembre 1865,

PAR

ERNEST-DANIEL MIALLET
Né à Lesparre (Gironde).
DOCTEUR EN MÉDECINE

DU CANCER DE LA LANGUE

ET

DE SON TRAITEMENT

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE BONAVENTURE ET DUCESSOIS
55 QUAI DES AUGUSTINS, 55
1865

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. TARDIEU.

Professeurs :	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Pathologie médicale	MONNERET. BEHIER.
Pathologie chirurgicale	GOSSELIN. RICHET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. PIORRY. GRISOLLE. N. GUILLOT.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon., M. le baron PAUL DUBOIS.—*Profes. hon.*, MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice :

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LIÉGEOIS.	MM. PARROT.
CHARCOT.	HOUEL.	LEFORT.	POTAIN.
DESPLATS.	JACCOUD.	LORAIN.	RACLE.
DE SEYNES.	JOULIN.	LUTZ.	SÉE.
DOLBEAU.	LABRE (LÉON).	NAQUET.	TARNIER.
FOURNIER.	LABOULBÈNE.	PANAS.	VULPIAN.

Agrégés libres chargés de cours supplémentaires :

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— des maladies des voies urinaires	VOILLEMIE[illegible]

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Agrégés stagiaires :

MM.

Examinateurs de la thèse :

MM. LAUGIER, *président*; VELPEAU, VULPIAN, DE SEYNES.

M. FORGET, *secrétaire*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertati[illegible] qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'ent[illegible] leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DU

CANCER DE LA LANGUE

La langue est souvent le siége de dégénérescence cancéreuse ; toutes les variétés de cancer y ont été observées. Le *cancer encéphaloïde*, de beaucoup plus fréquent que le *squirrhe*, se présente quelquefois sous la forme enkystée, d'autres fois sous la forme conglomérée. Il peut encore s'infiltrer dans les tissus voisins. Le squirrhe se rencontre à l'état de tumeur dure développée dans l'épaisseur des tissus, ou à l'état de plaques irrégulières situées à leur surface. Le *cancer colloïde* et le *cancer mélané* ont aussi été observés à la langue ; mais ils sont excessivement rares.

On trouve encore à la langue une autre espèce de tumeur appelée *cancroïde*, qui, ne présentant pas les éléments spécifiques du cancer, a été rayée par les micrographes de cette classe d'affections ; mais les cliniciens, préoccupés surtout de son évolution rapide, de son extension fréquente aux ganglions voisins, de sa tendance à récidiver, la voyant de plus s'accompagner, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, d'accidents semblables à ceux des cancers véritables, la font rentrer dans la même classe de maladie.

Étiologie.

La question de l'étiologie est sans contredit une des plus obscures de l'histoire du cancer. On a attribué le développement de cette affection aux peines morales, aux chagrins, aux privations de toute sorte.

La plupart des praticiens reconnaissent l'hérédité comme une de ses causes. Sur 102 cas analysés à ce point de vue, Lebert a trouvé 14 cas héréditaires; aussi croit-il pouvoir assurer qu'il existe environ 1/7e de transmissions héréditaires par rapport au nombre total des cancéreux. Paget indique environ 1/6e. L'hérédité, constatée pour le cancer, n'est pas établie pour l'épithélioma.

L'influence du sexe ne peut être déterminée d'une façon rigoureuse, car il n'existe pas un assez grand nombre d'observations sur ce sujet; toutefois, le mal paraît plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'épithélioma de la langue surtout serait dans ce cas. M. Follin rapporte, dans son *Traité de pathologie*, que, sur 17 cas, on a trouvé 16 hommes atteints de cette affection.

Quant à l'époque de son apparition, elle est rare avant la première moitié de l'existence. On l'observe habituellement entre 40 et 60 ans; cependant elle a été rencontrée assez souvent avant cette époque.

La fréquence du cancer de la langue s'explique, selon quelques chirurgiens, par l'habitude de fumer. M. Bouisson a soutenu cette opinion par un grand nombre de faits, dans un travail publié par la *Gazette médicale*. Le contact prolongé d'un corps chaud, comme le tuyau de la pipe dite brûle-gueule, l'influence irritante de la fumée de tabac, l'imprégnation de la matière empyreumateuse qui brunit le tuyau, sont autant de causes d'irritation qui peuvent être admises comme déterminant le développement de l'affection cancéreuse. Mais il est probable, comme le dit M. Follin, que ces lésions se développent à la suite de violences répétées, chez des individus déjà prédisposés à la maladie.

On peut encore noter, comme causes déterminantes, les excoriations produites et entretenues par des dents cariées, les morsures de la langue souvent répétées, l'habitude de chiquer, et enfin toutes les irritations qui offrent un caractère marqué de fréquence et de chronicité.

Siége.

Le siége du cancer de la langue est variable ; on le rencontre à la partie antérieure, à la partie moyenne, à la base de cet organe ; on le trouve sur ses bords, ainsi que sur le milieu ; mais rarement il occupe toute la largeur. Il naît le plus ordinairement dans l'épaisseur des tissus, de l'un ou de l'autre côté de la langue. Lors de sa période d'évolution, il s'étend vers la pointe ou vers la base, et laisse jouir le côté opposé d'une immunité à peu près complète. La structure très-dense de la partie moyenne de la langue est probablement la cause de ce phénomène.

Le cancroïde siége toujours à la superficie de l'organe : il peut en occuper la base ou la pointe, mais c'est sur les bords qu'on le rencontre le plus fréquemment.

Début et marche

Le cancer de la langue n'est habituellement annoncé par aucun prodrome. Lorsqu'il naît dans l'épaisseur des tissus, son petit volume fait qu'il reste longtemps inaperçu. Le malade, n'éprouvant ni douleur, ni pesanteur, ni gêne du côté de la langue, n'est pas appelé à examiner cet organe. Ce n'est que lorsque le mal a déjà pris un certain accroissement, lorsque, par son volume, il apporte de la gêne aux fonctions de l'organe, que le malade, ne pouvant parler ni avaler librement, recherche la cause de ces accidents.

Lorsque la maladie commence par la forme ulcéreuse, le malade s'en aperçoit toujours dès le début ; mais, ne soupçonnant pas la gravité de

son affection, il ne lui accorde aucune attention ; il l'attribue généralement à la présence d'une dent cariée, à une morsure ou à toute autre cause d'irritation. Ce n'est que lorsqu'il voit le mal persister, les parties voisines s'indurer, les douleurs prendre une certaine intensité, que l'inquiétude s'empare de lui et qu'il se décide à consulter un médecin.

Dans la première période de son développement, le cancer de la langue suit une marche lente, insidieuse et bénigne. Il ne s'accompagne généralement d'aucune douleur. L'examen de ces faits a fait dire à Boyer que ce mal peut rester à l'état latent pendant plusieures années. Lebert ne partage pas cette opinion : il pense, au contraire, que le véritable cancer de la langue suit dans sa marche un cours beaucoup plus rapide. Cependant, presque dès le début, les tissus qui entourent le cancer deviennent le siége d'une nutrition plus active, d'une véritable hypertrophie. La membrane muqueuse qui le recouvre, ainsi que les muscles qui l'environnent, augmente d'épaisseur et de consistance ; mais, le malade ne apercevant généralement de la lésion que longtemps après son début, on ne peut juger facilement de la durée de cette période, qui est cependant beaucoup plus longue que la suivante.

Arrivé à la seconde période, le mal fait des progrès rapides : il devient le siége de douleurs très vives; la tumeur, qui pendant longtemps était restée stationnaire, prend tout à coup un développement considérable ; elle offre à sa surface des irrégularités, des nodosités ; elle se ramollit, et il est souvent possible de sentir des points presque fluctuants, au milieu d'autres portions de la tumeur qui ont conservé leur dureté première. Le ramollissement de la tumeur est bientôt suivi d'une solution de continuité, qui, à la langue, se produit d'autant plus facilement que cet organe est constamment lubrifié et ramolli par les liquides de la bouche, et, en outre, ne présente pas à sa surface de plan assez résistant pour opposer une barrière aux progrès du mal. L'ulcère cancéreux présente un fond anfractueux et inégal, reposant sur une base indurée ; sa surface, tantôt grisâtre et tantôt d'un rouge brun, saigne avec beaucoup de facilité et devient le siége d'un écoulement abondant

de sérosité. Ses bords sont durs, calleux, peuvent être renversés ou taillés à pic. La surface de l'ulcère cancéreux se recouvre parfois de végétations molles, allongées, très-vasculaires, qui sécrètent une matière puriforme. On voit souvent ces végétations se ramollir comme les autres parties du cancer et se détacher complétement du reste de la tumeur. L'ulcère cancéreux fait des progrès rapides ; il s'accroît en largeur et en profondeur ; il envahit les parties voisines avec lesquelles il a déjà contracté des adhérences. C'est ainsi que les piliers du voile du palais, le pharynx, le plancher de la bouche subissent bientôt la dégénérescence cancéreuse.

Lorsque la maladie est aussi avancée, les ganglions lymphatiques qui avoisinent les parties malades ne tardent pas, eux aussi, à devenir cancéreux. Ils s'indurent, deviennent douloureux et annoncent la généralisation de la maladie. Des symptômes généraux graves se manifestent alors et viennent ajouter aux souffrances des malades qui, tourmentés déjà par un écoulement incessant de salive mêlée d'un ichor sanieux et fétide, répandent autour d'eux une odeur infecte et sont un objet de dégoût et d'horreur, pour les personnes appelées à leur donner des soins.

De tous les cancers de la langue, l'encéphaloïde est celui qui parcourt ses différentes périodes avec le plus de rapidité, et conduit le plus sûrement à la mort. Le cancroïde, au contraire, peut rester longtemps stationnaire et permet d'espérer une cure radicale, quoique ce soit un des épithéliomas les plus graves auxquels puisse être assujetti l'organisme.

Variétés. — Anatomie pathologique.

Tumeurs encéphaloïdes. — Les tumeurs encéphaloïdes se rencontrent assez fréquemment à la langue, où elles affectent trois formes fondamentales. Tantôt enkystées, elles se présentent sous l'aspect de noyaux arrondis, isolés des parties voisines par une membrane d'enveloppe quelquefois très-épaisse. Cette disposition a l'avantage de retarder leur développement et de permettre au chirurgien d'en faire assez facile-

ment l'énucléation. Tantôt on les trouve en masses divisées par des scissures profondes et enveloppées par un tissu cellulaire qui les isole incomplétement des parties voisines. C'est cette forme que l'on a appelée *encéphaloïde conglomeré.* D'autres fois enfin, le cancer pénètre le tissu même de la langue, s'infiltre au milieu de la trame des muscles auxquels il semble se substituer. C'est *l'encéphaloïde infiltré.*

Quelle que soit la forme qu'il affecte, l'encéphaloïde est la manifestation cancéreuse de la langue qui prend le volume le plus considérable, sans atteindre cependant les mêmes dimensions que dans les autres organes.

Le cancer encéphaloïde à son début présente une petite tumeur résistante, dont la coupe est homogène, lardacée, bleuâtre et peu ou point infiltrée de suc cancéreux. C'est à ce premier degré de la maladie que Laennec a donné le nom d'*encéphaloïde cru.* Le développement de cette variété cancéreuse est parfois si rapide que la période de crudité passe souvent inaperçue. La substance de l'encéphaloïde est contenue dans les aréoles d'une trame cellulo-fibreuse très-fine; au milieu d'elle se développent, surtout à la période de ramollissement, de nombreux réseaux vasculaires. Ces vaisseaux, signalés par Laennec, ont été étudiés par P. Bérard, qui a voulu démontrer que l'encéphaloïde ne renfermait que des artères et que leur nombre était proportionnel au degré de ramollissement. Il pensait donc qu'il n'y avait pas de veines dans ces tumeurs. MM. Lebert et Robin ont démontré la présence de ces derniers vaisseaux; seulement, leur réseau est extrêmement délié.

A l'état de croissance, les éléments propres du cancer se multiplient, les noyaux libres augmentent notablemeut. Le tissu encéphaloïde se présente alors sous forme d'une pulpe homogène d'un blanc rosé qui se laisse facilement écraser sous le doigt. Le suc cancéreux existe en assez grande quantité dans ces tumeurs, et l'on n'a besoin que de passer légèrement le scalpel sur une tranche fraîche pour en obtenir une quantité notable.

Le suc cancéreux est un liquide d'un blanc mat, tantôt épais et crémeux, tantôt plus liquide et lactescent; il peut être coloré en jaune par

de la graisse, en rose par du sang. En outre, il s'émulsionne facilement avec l'eau, ce qui permet de le reconnaître; mais c'est au microscope qu'il est important d'étudier le suc cancéreux, car il renferme les éléments caractéristiques du cancer.

Lorsqu'on examine sous le microscope une goutte de suc cancéreux, on ne tarde pas à distinguer un certain nombre de corpuscules cellulaires, qui ne sont autre chose que les cellules et les noyaux entourés d'autres corpuscules très-ténus connus sous le nom de *granulations moléculaires.*

La cellule cancéreuse a une dimension qui varie de 0^{mm}, 01 à 0^{mm}, 04. Sa forme est assez variable : elle est quelquefois sphérique ou ellipsoïde, d'autres fois disposée en raquette ; elle peut être pourvue d'une queue simple ou ramifiée. Le contour, généralement peu marqué, est dans certains cas limité par une ligne noire bien distincte. A l'intérieur de la cellule, on aperçoit les noyaux et les nucléoles.

Les noyaux cancéreux, auxquels M. Follin fait jouer un rôle très-important dans l'histoire du cancer, sont des corpuscules de 0^{mm}, 01 à 0^{mm}, 015 : ils sont ronds ou ovoïdes; leurs contours sont fortement accusés, leur existence est constante dans toutes les tumeurs cancéreuses, où on en rencontre souvent un grand nombre dépourvus de parois d'enveloppe.

Les nucléoles se présentent sous forme de petites taches rondes de 0^{mm},002 à 0^{mm},003 ; elles sont situées au milieu de la substance grenue du noyau.

Entre ces divers éléments du cancer, on trouve une grande quantité de petits corpuscules ressemblant à des nucléoles et que l'on nomme *globulins.* Leur dimension varie de 0^{mm},003 à 0^{mm},004.

Lebert a, en outre, observé dans le cancer de la langue des cellules mères, volumineuses, renfermant quatre ou cinq noyaux dans une enveloppe arrondie.

Squirrhe. — A la langue comme dans les autres organes, le squirrhe se montre sous deux formes : tantôt nettement limité dans l'organe, il prend le nom de *squirrhe circonscrit;* tantôt, et c'est la forme qu'il

affecte le plus fréquemment, il est *diffus*. De son centre alors partent des prolongements qui s'étendent souvent assez loin.

Dans sa première période, il est assez difficile de le distinguer de l'encéphaloïde. La tumeur qu'il forme est cependant plus dure et moins considérable. Son volume peut même être assez diminué pour présenter les caractères du cancer atrophique, comme M. Maisonneuve en rapporte un exemple dans sa *Thèse* de concours.

Le tissu squirrheux crie sous le scalpel ; sa coupe, d'un blanc bleuâtre, ressemble assez à la couenne du lard. Si on gratte cette coupe, on ramène une petite quantité d'un suc blanchâtre qui n'est autre que le suc cancéreux dans lequel le microscope révèle les éléments propres du cancer.

Les tumeurs squirrheuses sont remarquables par l'absence de vaisseaux sanguins. Scarpa n'a pu injecter que le tissu cellulaire qui environne ces tumeurs, et M. Broca n'est parvenu à suivre aucun vaisseau jusqu'à leur centre.

Cancroïde. — Le cancroïde de la langue débute toujours par la surface. Il se montre, au début, sous la forme d'une tumeur papillaire ou sous celle d'un petit tubercule, et peut rester ainsi longtemps stationnaire. Il peut aussi commencer, comme cela a lieu souvent pour le cancer cutané, par une ulcération dont le fond ne tarde pas à s'indurer. Cette ulcération offre ceci de particulier, que, se trouvant dans un milieu humide, elle n'est jamais couverte de croûtes. La forme tuberculeuse est celle que l'on rencontre le plus fréquemment à la langue. C'est un noyau dur, élastique, d'un petit volume, dont la couleur n'a rien de fixe. Cependant, il prend le plus souvent une teinte rouge sombre, due au développement des capillaires. Lorsque le cancroïde est arrivé à la période d'ulcération et qu'il envahit les parties profondes, son aspect se rapproche beaucoup de celui du squirrhe dont on ne peut que très-difficilement le distinguer. Il faut alors rechercher le siége primitif du mal, s'informer du temps qu'il a mis à se développer, et souvent on n'arrive à un diagnostic précis qu'à l'aide du microscope.

Une coupe pratiquée dans le cancroïde permet de voir une substance sèche, jaunâtre, qui ne renferme jamais le suc cancéreux. Les éléments

microscopiques du cancroïde sont de différentes sortes. On y trouve des cellules aplaties, avec ou sans noyau, et qui ont avec les cellules de l'épithélium pavimenteux la plus grande analogie. Ces cellules sont souvent fort irrégulières : elles offrent des prolongements ou paraissent creusées d'excavations. Leurs noyaux, habituellement assez petits, se font quelquefois remarquer par l'exagération de leur volume et l'éclat de leurs nucléoles. On trouve, au milieu de ces cellules, des granulations arrondies, sans enveloppe et sans noyau ; des globes épidermiques ovoïdes ou sphériques dont le volume varie de 1/100 à 2/3 de millimètre. Ces globes épidermiques sont formés à leur circonférence par des cellules imbriquées les unes sur les autres, et à leur centre par un amas granuleux. Ils ont, en outre, un aspect particulier, qui permet de les distinguer de tout autre élément microscopique.

Avec les corpuscules décrits par M. Robin sous le nom de *cytoblastions*, on rencontre encore dans ces tumeurs des fibres de tissu cellulaire, de la substance amorphe, quelquefois des cristaux de cholestérine et des gouttelettes graisseuses.

Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont souvent le siége de dépôts cancéreux. M. Follin pense qu'alors le mode le plus commun de cette infection ganglionaire consiste dans la pénétration des éléments anatomiques de l'épithélioma dans les vaisseaux lymphatiques L'infection ganglionaire n'est pas la seule qu'on observe à la suite de l'épithélioma. M. Heurtaux, dans sa *Thèse* sur le cancroïde (Paris, 1860), cite huit cas d'infection viscérale.

Symptômes.

A quelque variété qu'il appartienne, le cancer de la langue, à sa première période, ne s'accompagne jamais de symptômes graves. Par son volume, la tumeur n'apporte aucune gêne aux fonctions de l'organe, et on ne constate généralement aucune douleur. Ordinairement précédées d'un sentiment de pesanteur et de gêne dans l'endroit affecté, les douleurs ne se montrent qu'après que la tumeur a déjà pris un certain accroissement ou est arrivée à la période d'ulcération. Ces douleurs

varient d'intensité : d'abord elles se bornent à des élancements aigus, rapides, qui laissent entre eux des intervalles assez longs ; puis elles augmentent de fréquence, et l'on voit les malades longtemps tourmentés par des souffrances très-vives.

Lorsque la tumeur a pris plus de développement, la langue perd de sa mobilité ; ses mouvements sont gênés ; la mastication, la déglutition, la respiration deviennent très-difficiles. La difficulté apportée à l'accomplissement de ces différentes fonctions devient surtout considérable quand le cancer a son siége à la base de la langue, ou a envahi les piliers des voiles du palais. A la période d'ulcération, des douleurs très-vives sont causées par le passage des aliments solides sur les surfaces ulcérées. Alors les mouvements d'élévation et d'abaissement nécessaires pour la déglutition deviennent très-douloureux ; les malades ne les exécutent qu'avec beaucoup de peine et sont bientôt réduits à ne prendre pour nourriture que des substances liquides.

L'embarras de le parole survient généralement d'assez bonne heure. Il peut être assez considérable pour que les malades aient la plus grande peine à se faire comprendre ; le chagrin qu'ils en éprouvent, venant s'ajouter à leurs souffrances physiques, contribue à les affaiblir et devient ainsi une complication qui a son importance.

L'ulcération établie, il s'écoule de la bouche un liquide ichoreux et fétide qui irrite continuellement cette cavité et fait perdre aux malades une quantité considérable de salive. Ces malheureux sont sans cesse incommodés par le besoin de cracher ; mais c'est surtout pendant le sommeil que l'accumulation des mucosités devient pour eux très-pénible.

A cette époque surviennent les hémorrhagies. Peu considérables lorsque ce sont les vaisseaux de l'ulcère qui fournissent le sang, elles peuvent être très-copieuses lorsqu'une artère volumineuse a été érodée. Quelle que soit leur forme, ces hémorrhagies constituent une complication grave, tant par le danger de causer une mort rapide, que par celui de produire un épuisement qui met les malades dans les plus fâcheuses conditions.

La maladie, abandonnée à elle-même, amène bientôt des symptômes

graves. Tous les signes de la cachexie cancéreuse apparaissent, et sont ici aggravés par les troubles qui résultent du siége du cancer. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires ne tardent pas à s'engorger; les malades maigrissent rapidement, par suite des troubles de la santé qui accompagnent ordinairement le développement du cancer, et de la difficulté qu'ils éprouvent à se nourrir convenablement. Leur teint prend une coloration jaunâtre. On voit leurs forces diminuer graduellement; ils deviennent tristes, inquiets, agités; le sommeil les fuit. Bientôt il se manifeste des diarrhées qui augmentent leur faiblesse; le moment de la mort est encore hâté par l'insuffisance de leur alimentation.

Les malades succombent quelquefois à la suite d'un empoisonnement produit par la déglutition des matières putrides qui emplissent la bouche, ou encore par la propagation de l'inflammation au larynx et le développement d'une laryngite œdémateuse.

Diagnostic.

La langue est le siége de maladies si variées, que l'on y rencontre assez souvent des affections faciles à confondre avec le cancer. C'est surtout dans la première période que la confusion est facile, et c'est cependant le moment où il serait le plus utile de préciser le diagnostic. Aussi, je tâcherai de décrire le mieux qu'il me sera possible les analogies et les différences que présentent, avec le cancer de la langue, les maladies de cet organe. Dans la seconde période, alors que les symptômes généraux apparaissent, le diagnostic devient plus facile; néanmoins, le praticien est encore exposé à commettre des erreurs.

Pour étudier d'une façon méthodique le diagnostic de ces affections, je les diviserai, comme le fait M. Maisonneuve dans sa *Thèse* de concours, en *tumeurs ulcérées* et *non ulcérées*, et je subdiviserai ces dernières en *superficielles* et *profondes* ou *interstitielles*.

§ 1er. — Tumeurs non ulcérées.

a. Tumeurs superficielles. — Quand le cancer se présente sous la

forme de tubercule superficiel, on peut soupçonner un cancroïde ; son siége superficiel le différencie assez bien du squirrhe et de l'encéphaloïde qui débutent presque toujours dans le parenchyme de la langue. « Lorsqu'il provient tout à fait de la surface, dit Lebert (*Anatomie pathologique*, t. II), surtout de la couche épithéliale ou des papilles, il est déjà, par cela même, plus probable qu'on n'a point affaire à un véritable cancer, mais plutôt à une hypertrophie épithéliale locale idiopathique, ou se formant sous l'influence d'une cause spécifique. »

D'ordinaire, on ne peut donc confondre le cancroïde qu'avec des tumeurs érectiles ou syphilitiques. Les tumeurs érectiles se reconnaissent à leur origine ancienne, à leur teinte bleuâtre, à leur mollesse et à la possibilité que l'on a de les vider et de les flétrir par la pression. En outre, on peut, en les piquant avec une aiguille, en faire sortir quelques gouttes de sang.

Dans ses symptômes tertiaires, la syphilis donne naissance à des productions épidermiques d'un diagnostic assez difficile ; cependant elles ne présentent pas, comme le cancroïde, une base large, une induration franche, une surface rugueuse et fendillée ; elles ne donnent pas lieu aux douleurs lancinantes, et leur développement coïncide souvent avec d'autres manifestations de l'infection syphilitique.

b. Tumeurs interstitielles. — Quand la tumeur est située dans l'épaisseur des tissus, on peut avoir affaire à un squirrhe ou à un encéphaloïde. Il serait peut-être possible de différencier le squirrhe de l'encéphaloïde par son volume moindre, ses bosselures, sa dureté, sa prompte adhérence à la membrane muqueuse ; mais, dans ces deux maladies, le traitement devant être le même, je chercherai surtout à les distinguer des affections qui ont le même siége.

On trouve à la langue un certain nombre de tumeurs, telles que des abcès, des anévrysmes, des névrômes, etc., qui n'ont avec le cancer de cet organe que bien peu de ressemblance. Aussi, il est le plus souvent facile de les reconnaître. Si, comme cela arrive quelquefois, on restait dans le doute, la durée et la marche de la maladie pourraient seules éclairer le diagnostic.

Les tumeurs hématiques, graisseuses ou hydatiques, ont plus de ressemblance avec le cancer ; mais elles sont si peu fréquentes à la langue, qu'on est rarement exposé à se tromper. Ces tumeurs sont molles, élastiques ; elles ne donnent lieu, ni aux douleurs lancinantes ni à l'engorgement des ganglions ; néanmoins, le diagnostic n'est pas toujours facile, et leur peu de consistance peut les faire confondre avec un encéphaloïde ramolli.

La transparence, la fluctuation que présentent les kystes qui siégent à la surface de la langue permettent suffisamment de les reconnaître ; mais quand ils sont situés dans l'épaisseur des tissus, une ponction exploratrice sera souvent d'un grand secours.

Les engorgements scrofuleux, qui s'accompagnent presque toujours d'engorgement des ganglions lympathiques, peuvent aussi faire croire à l'existence d'un cancer. Dans ce cas, la constitution scrofuleuse du malade, et la présence dans d'autres parties du corps d'engorgements de même nature, offrent seules le moyen d'établir le diagnostic.

On trouve encore à la langue des tumeurs syphilitiques qui ont avec le cancer la plus grande analogie. Les deux maladies se présentent sous la forme d'indurations dont les caractères sont les mêmes. A leur début, elles sont globuleuses, élastiques ; lorsqu'elles commencent à se ramollir, elles offrent à leur surface des points semi-fluctuants. Aussi, le diagnostic est-il très-difficile. Boyer a signalé comme un signe utile, la détermination du siége de la tumeur. Si elle occupe le centre de la langue, l'affection est syphilitique ; mais c'est surtout par l'examen des ganglions lymphatiques que le diagnostic peut être établi. Dans le cas de syphilis tertiaire de la langue, ils ne sont pas engorgés ; lorsqu'ils sont gonflés, leur état est l'indice à peu près certain d'un cancer. Il en est de même lorsque les parties voisines, telles que le plancher de la bouche, le pilier antérieur du voile du palais, sont en même temps que la langue envahis par l'induration. L'étude des antécédents pourra encore faire connaître l'existence antérieure d'accidents primitifs ou secondaires de la syphilis. Malgré l'examen le plus attentif, il arrive souvent que le doute subsiste. Alors le diagnostic ne peut être posé qu'à la suite d'un traitement

antisyphilitique régulier. Lors même que l'on se croirait sûr de son diagnostic, la prudence exige, en tout cas, que l'on institue ce traitement.

§ 2. — Tumeurs ulcérées.

A cette période, le diagnostic peut être plus facilement établi. Le chirurgien est alors éclairé par un grand nombre de symptômes, qui manquaient dans la période précédente; néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer des cas dont le diagnostic n'est ni simple ni facile.

Les ulcérations produites par des aphthes ne laissent pas longtemps dans l'incertitude.

On peut prendre pour un cancer de la langue un ulcère bénin entretenu par une dent cariée. Cet ulcère a un fond grisâtre, fongueux et saignant; ses bords sont durs, calleux, renversés; il est souvent accompagné d'engorgements ganglionaires, mais il occupe l'un des côtés de la langue, et n'est jamais le siége des douleurs lancinantes du cancer. Quelquefois, cet ulcère est entretenu par une pointe presque imperceptible qui l'irrite constamment; alors le doigt peut en faire facilement constater la présence. Dans le doute, il faut arracher la dent. Si l'ulcération n'est ni cancéreuse ni syphilitique, la guérison arrive très-promptement.

Les ulcérations scrofuleuses supportées par une base indurée, irrégulière, dont la surface est fongueuse et qui s'accompagnent d'engorgements ganglionaires, pourraient donner lieu à des erreurs; mais elles ne sont pas le siége de douleurs lancinantes; elles ne fournissent pas, comme le cancer, un pus sanieux et fétide. La constitution du malade peut, en outre, fournir d'utiles renseignements.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires ont parfois la plus grande ressemblance avec le cancer; mais elles ne sont pas non plus le siége de douleurs lancinantes; on n'y retrouve pas le pus fétide du cancer; les ganglions lymphatiques ne sont jamais engorgés, à moins qu'il n'existe une glossite concomitante. Les commémoratifs et un traitement antisyphilitique régulier lèvront les doutes qui pourraient subsister.

Pronostic.

Quelles que soient ses formes et sa composition microscopique, le cancer de la langue est toujours une affection très-grave. Abandonné à lui-même, il se termine par la mort dans un espace de temps assez court ; cependant, la gravité du cancer n'est pas la même pour toutes les espèces : elle varie suivant le cancer, sa marche, son siége, sa tendance plus ou moins marquée aux récidives.

L'encéphaloïde a son siége habituel dans la profondeur des tissus ; il s'étend facilement vers la base de la langue et cause presque dès son début des troubles fonctionnels graves. La rapidité avec laquelle il parcourt ses diverses périodes est effrayante. Sa tendance aux récidives est telle, qu'il serait difficile de trouver dans la science un seul cas d'encéphaloïde de la langue qui n'ait pas récidivé après l'opération. Aussi, la gravité des caractères que je viens d'énumérer, et l'impuissance dans laquelle se trouve le chirurgien en face de cette terrible maladie, doivent-ils faire porter le pronostic le plus grave.

Le squirrhe peut être rangé à côté de l'encéphaloïde ; cependant sa marche, beaucoup plus lente, fait qu'il ne cause pas la mort aussi rapidement.

Le cancroïde est la manifestation cancéreuse qui offre le moins de dangers ; son siége habituel à la superficie et à la partie antérieure de l'organe, sa marche lente, l'absence d'infection pendant sa première période, permettent assez longtemps de l'attaquer par les moyens thérapeutiques, et le chirurgien peut par une opération espérer une cure radicale, quoique les récidives soient pourtant très-fréquentes. Mais, lorsque le mal a franchi les limites de l'organe malade, lorsque les ganglions lymphatiques sont engorgés, la guérison devient bientôt au-dessus des ressources de l'art, et les malades meurent souvent emportés par les complications, avant le terme naturel de la maladie.

Traitement.

Traitement médical. — Le traitement du cancer de la langue a de tout temps beaucoup occupé les praticiens. Espérant trouver un spécifique contre cette terrible maladie, ils ont expérimenté la plupart des substances actives de la thérapeutique. C'est ainsi que le mercure, l'iode, l'arsenic, l'or, ont tour à tour été préconisés, sans jamais donner de résultats satisfaisants ; mais si la médecine est impuissante à guérir cette affection, elle peut cependant, par un traitement palliatif, en soutenant les forces du malade, en calmant ses douleurs, amender quelques-uns des symptômes les plus pénibles et l'aider ainsi à supporter ses souffrances.

Les narcotiques sont ici d'une utilité incontestable : la teinture de jusquiame, la belladone et les préparations opiacées administrées à doses croissantes, à mesure que le malade s'y habitue, rendent de très-grands services. Lorsque l'haleine est très-fétide, on peut mettre en usage un gargarisme chloruré. Le régime du malade devra être substantiel, mais composé d'aliments liquides ou demi-liquides : les bouillons, les fécules, les viandes hachées, les boissons rafraîchissantes remplissent assez bien ces indications.

Traitement chirurgical. — Pour attaquer les tumeurs cancéreuses de la langue, la chirurgie emploie trois ordres de moyens : la cautérisation, l'excision et la ligature.

1° *Cautérisation.* — L'emploi des caustiques ne comporte que des applications très-restreintes ; ces agents, appartenant presque tous à la classe des poisons, présentent de nombreux inconvénients : appliqués sur un organe situé à l'entrée des voies digestives, doué d'une grande mobilité et sans cesse humecté par les liquides de la bouche, ces caustiques se dissolvent très-rapidement, étendent leur action jusque sur les parties saines et peuvent même empoisonner les malades par leur écoulement vers la cavité digestive.

Les substances que l'on emploie le plus fréquemment sont : les acides concentrés, le beurre d'antimoine, le nitrate acide de mercure, le chlorure d'or, le caustique de Filhos, le nitrate d'argent. M. Maisonneuve applique sa méthode de la cautérisation en flèches à la destruction du cancer de la langue, et il affirme que, de toutes les méthodes opératoires appliquées dans ce cas, la cautérisation en flèches est de beaucoup plus innocente par ses suites, en même temps qu'elle est la plus simple et la plus facile par son exécution.

On trouve, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1863, une observation très-remarquable d'un cancer de la langue opéré avec succès par cette méthode.

Le fer rouge, que l'on employait autrefois presque exclusivement, n'expose pas aux mêmes dangers que les caustiques chimiques; mais il a l'inconvénient, lorsqu'il est appliqué dans la bouche, de s'éteindre rapidement, de ne détruire qu'une quantité très-minime de tissus et de produire des eschares qui se putréfient avant d'avoir été expulsées. Après l'excision de la langue, le fer rouge est le plus puissant hémostatique que nous ayons à opposer aux hémorrhagies.

2° *Excision*. Lorsque la tumeur occupe la partie antérieure de la langue et qu'elle est située superficiellement, on l'enlève habituellement avec les instruments tranchants, en ayant soin d'exciser une partie du tissu sain. Quand la tumeur est encore située à la partie antérieure de la langue, mais occupe l'épaisseur des tissus, on a recours aux procédés d'excision de Louis et de Boyer.

Le procédé de Louis consiste à passer un fil à travers la pointe de l'organe ou à l'attirer avec une pince de Museux, et à couper transversalement, en arrière de la dégénérescence ; toute la partie antérieure de la langue se trouve ainsi enlevée.

Dans son procédé, Boyer fixe la langne avec une érigne implantée dans la tumeur; celle-ci est alors circonscrite entre deux incisions en V à sommet postérieur et à base antérieure, et dont les bords sont ensuite réunis par la suture entrecoupée. Par ce procédé, l'hémorrhagie s'arrête rapidement.

Quand le cancer occupe la partie postérieure de la langue, l'ablation de la tumeur par l'instrument tranchant devient beaucoup plus périlleuse, à cause de la difficulté du manuel opératoire et de la gravité des hémorrhagies qui compliquent habituellement ces opérations. En outre, le danger de voir l'inflammation qui suit l'opération se propager au larynx et produire une laryngite suffocante, doit être dans ce cas l'objet de craintes sérieuses.

Pour vaincre ces difficultés et se mettre à l'abri des accidents, les chirurgiens ont été obligés d'inventer de nouveaux procédés d'excision. C'est ainsi que Roux et Flaubert, de Rouen, ont eu l'idée de lier l'artère linguale avant d'exciser la langue. Cette méthode, très-utile contre l'hémorrhagie, laisse cependant subsister la difficulté du manuel opératoire ; et, lorsque le cancer est situé profondément, ce n'est qu'avec beaucoup de peine que le chirurgien parvient à enlever la totalité du tissu malade.

M. Regnoli, de Pise, a publié en 1838 la description d'un procédé d'extirpation de la langue qui eut un succès complet. Il fait une incision sous-maxillaire en T, accroche la pointe de la langue avec une pince de Museux, l'attire au dehors et fait la section en arrière des limites du mal. Ce procédé a été appliqué par M. Regnoli pour un cancer qui occupait la moitié antérieure de la langue ; si la tumeur eût, au contraire, occupé la base, il est probable qu'il lui eût été impossible de l'amener suffisamment en dehors de l'incision sous-maxillaire.

M. Giametti (*Revue médico-chirurgicale*, tome XII) raconte que, dans une opération par ce procédé, il n'a pu que difficilement faire sortir la langue par l'incision sus-hyoïdienne.

Le procédé de M. Sédillot, qui consiste à inciser la lèvre inférieure dans toute son épaisseur et toute sa hauteur, à scier le maxillaire inférieur, rend l'opération plus facile ; mais il est quelquefois impossible d'obtenir la consolidation des deux moitiés du maxillaire. MM. Richet et Demarquay ont observé chacun une fois un fait de ce genre.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Richet, est une application du procédé de M. Sédillot. L'opération a été suivie de succès.

OBSERVATION PREMIÈRE

Recueillie dans le service de M. Richet (Salle Saint-Augustin, n° 39).

Le nommé Calla (Louis), âgé de 43 ans, est entré à l'hôpital le 28 mars 1860. Il dit avoir toujours fumé la pipe, qu'il met du côté gauche. Il n'a jamais eu mal aux dents ; cependant, celles du côté gauche sont gâtées.

Il y a 8 à 10 mois, lorsqu'il fumait, il a commencé à sentir des picotements sur la langue, et bientôt il a reconnu la présence d'un petit bouton, ce qui ne l'a pas empêché de continuer à fumer.

Il y a trois mois, la tumeur a grossi et a commencé à le gêner pour remuer la langue et pour manger.

En arrivant, il salivait beaucoup ; mais depuis son traitement la salivation a diminué.

Etat actuel. — En palpant la langue, on sent une tumeur arrondie, marronnée, occupant toute la moitié antérieure du côté gauche de la langue. Cette tumeur est dure et indolente. Dans le repli linguo-sus-hyoïdien, il existe de chaque côté une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes. Les bords sont exhaussés. Au centre de l'ulcération, on peut voir de petites granulations. En avant, la tumeur adhère au maxillaire ; latéralement, elle marche parallèlement à cet os, et on sent un cordon d'induration qui va jusqu'au pilier gauche. La peau de la région sus-hyoïdienne est saine ; les ganglions sous-maxillaires sont un peu volumineux, surtout du côté droit ; les ganglions cervicaux ne présentent rien de particulier.

Après un traitement antisyphilitique infructueux, les progrès rapides de l'ulcération font juger l'opération nécessaire.

Le 19 avril, l'opération fut faite dans l'ordre suivant : 1° incision verticale de la lèvre, se prolongeant jusqu'au niveau de l'os hyoïde ; 2° léger décollement vers les attaches des muscles génio-glosse et génio-hyoï-

dien; 3° incision transversale allant de l'extrémité inférieure de la première incision vers l'angle de la mâchoire (côté gauche); 4° le bout de la langue est fixé par une aiguille; 5° section sur la ligne médiane du maxillaire inférieur. Cette incision permet l'écartement des deux branches du maxillaire et donne beaucoup de jour; 6° le bistouri disèque et enlève le champignon cancéreux du sillon lingual. Dirigé alors d'avant en arrière, il va jusqu'aux limites indurées et revient en avant en rasant la langue et enlevant toute la portion inférieure gauche de sa partie horizontale; 7° le maxillaire est raclé, et on énuclée deux ganglions sous-maxillaires.

Le pansement consiste dans le rapprochement des branches du maxillaire; l'incision de la lèvre est réunie par une suture; l'incision verticale et transverse de la région sus-hyoïdienne est laissée béante pour livrer passage au pus.

Vingt-quatre heures après, il y a réunion par première intention des parties molles. La déglutition et la parole sont difficiles.

Le 22, le malade va bien; la déglutition est plus facile. Angine.

Le 24, couleur grisâtre de la plaie des téguments. Angine plus forte.

Le 29, il y a de l'amélioration : le malade s'est levé.

Dans le courant du mois de mai, la cicatrisation fut complète; mais les deux moitiés du maxillaire ne purent se consolider mathématiquement; le côté gauche déborda légèrement le côté droit.

En juin, la consolidation était définitive, et le malade sortait de l'hôpital sans présenter de signes de récidive. Le ganglion sous-maxillaire droit a diminué de volume.

3° *Ligature.* — La ligature peut se faire de deux façons : ou bien avec l'intention de ne faire tomber la tumeur qu'après plusieurs jours, ou bien dans le but de l'enlever très-promptement. Le premier mode a pris le nom de *ligature progressive*, le second de *ligature extemporanée.*

a. Ligature progressive. — On employait la ligature progressive lorsqu'on avait à redouter par les instruments tranchants une hémorrhagie grave. Pour éviter cette hémorrhagie, de nombreux procédés ont été

imaginés. C'est ainsi que Récamier serrait la partie malade au moyen d'anses multiples ; Mayor attirait la langue au dehors à l'aide d'une érigne, après quoi la portion dégénérée était embrassée par un fil dont il passait les bouts dans son tourniquet. MM. Mirault (d'Angers), Cloquet, Arnolt et Vidal (de Cassis) engageaient les fils de bas en haut par la région sus-hyoïdienne. Tous ces procédés avaient l'avantage de remédier à l'hémorrhagie, mais ils laissaient encore le malade exposé à de graves accidents. Ainsi, par la ligature, il faut attendre environ huit jours avant que les fils tombent, et, pendant ce temps, le malade court le danger d'un empoisonnement putride par la déglutition involontaire des matières en décomposition ; de plus, au début, il éprouve des douleurs vives qui diminuent ensuite, mais ne cessent qu'après la séparation complète de la partie ligaturée.

« J'ai vu une fois, dit Lebert, pratiquer la ligature en masse par le « procédé de Mayor, et c'est vers le dixième jour que toute la portion « de la langue située au-devant des fils métalliques, et serrée par le tour- « niquet de Mayor, tomba en masse. Pendant ce laps de temps, le ma- « lade n'avait pas beaucoup souffert; ce qui l'avait le plus incommodé « c'était l'abondance de l'écoulement d'une salive fétide, ainsi que, pen- « dant les derniers jours, l'odeur gangréneuse qu'exhalait cette langue « sphacélée par la ligature. »

OBSERVATION II.

Recueillie dans le service de M. Velpeau.

Le 1er avril 1856 est entré, dans le service de M. Velpeau, le nommé Alexandre (J.-B.), âgé de 54 ans. Il est maçon et demeure à Passy. D'un tempérament lymphatique, sa santé est habituellement bonne; il a des hémorroïdes. Il y a deux mois et demi, il s'est aperçu qu'il portait au côté gauche de la langne une petite ulcération sans tuméfaction. Il n'y a fait aucune attention, attribuant cela à un chicot. Depuis cinq jours seulement, il sait qu'il a une tumeur. En l'examinant,

on voit une tumeur à gauche sur le bord externe de la langue. Elle est située à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs, et occupe la face inférieure et en dedans, ne s'avançant pas au delà de la ligne médiane. Du volume d'une grosse noix, elle se prolonge presque jusqu'à l'épiglotte. L'ulcération est anfractueuse, à fond rougeâtre. Au cou ainsi qu'à l'angle de la mâchoire, on trouve des tumeurs ganglionaires.

On énuclée la tumeur ganglionaire. Après l'extirpation, le malade tombe dans un état de faiblesse qui se prolonge plusieurs heures. L'examen de la tumeur fait voir qu'elle était située entre les deux carotides et la jugulaire, au milieu de nombreuses branches nerveuses.

Avant d'attaquer la langue, on laisse la plaie se déterger.

Le 26 avril, l'opération de la langue est décidée. On s'assure que les mouvements de l'organe sont libres, quoique la tumeur arrive presque au larynx.

La langue est saisie et portée un peu à gauche. On coupe la racine du pilier antérieur ; on rase la face interne de la mâchoire ; la langue est portée plus en avant. Une ligature double est passée à l'aide d'une aiguille courbe. Les fils sont liés en arrière et en avant ; pour augmenter la constriction, la muqueuse linguale est incisée.

Le 27, l'état général est bon.

Le 30, on augmente la constriction.

Le 1er mai, la ligature antérieure tombe.

Le 2, la ligature postérieure se casse.

Le 3 et le 4, le malade a des frissons.

Le 5, le malade se plaint d'une douleur au côté droit ; il prend une teinte terreuse ; les frissons augmentent.

Le 11, il meurt.

Une ponction faite au côté droit du thorax a donné issue à de la sérosité purulente ; en outre, l'état adynamique, le frisson, la fièvre, la sanie ichoreuse fournie par la plaie, la douleur de côté, ont démontré que la mort était due à l'infection purulente.

b. Ligature extemporanée. — La ligature extemporanée partage,

avec la ligature progressive, l'avantage de mettre à l'abri des hémorrhagies, et n'a pas les mêmes inconvénients. Ainsi, l'hémorrhagie, quand elle a lieu, s'arrête rapidement; de plus, les plaies par écrasement linéaire ont une nature spéciale qui ne les expose que très-exceptionnellement à l'inflammation. On ne voit pas, après l'extirpation de la langue, ces phlegmasies de la muqueuse buccale se propageant aux piliers, gagnant même l'épiglotte et produisant la suffocation dans les cas malheureux; enfin l'opération, terminée au bout d'une heure, au lieu de durer huit jours, n'expose pas au danger de l'empoisonnement putride.

M. Chassaignac, qui a introduit cette méthode dans la pratique, l'appliqua pour la première fois en 1854. Il se sert d'un instrument très-ingénieux, connu sous le nom d'*écraseur linéaire*. Cet instrument se compose d'un fil métallique articulé, analogue à la scie à chaîne, et d'un système au moyen duquel ce fil, après avoir embrassé une tumeur, est serré progressivement.

Cet instrument peut servir à amputer la totalité de la langue, sa moitié latérale, sa partie antérieure, ou encore une tumeur développée à sa surface.

Pour enlever la partie antérieure de la langue, on la tire fortement en dehors avec les pinces de Museux, et on place la chaîne au delà de la portion que l'on veut exciser.

Pour enlever la totalité de la langue, le mécanisme est plus compliqué : on passe de bas en haut, à travers la peau de la région sus-hyoïdienne et les parties molles du plancher de la bouche, une aiguille légèrement courbe qui vient sortir sur l'une des rainures latérales qui séparent les côtés de la langue du plancher de la bouche; cette aiguille entraîne à sa suite un fil solide et la chaîne attachée à ce fil. Portée ensuite dans la rainure du côté opposé, l'aiguille est dirigée de haut en bas pour sortir par où elle était d'abord entrée. La langue se trouve ainsi placée dans une anse métallique dont les deux bouts sortent par la plaie avec le reste de l'instrument. On fait marcher la crémaillère de manière à achever la section dans l'espace de trente minutes environ. Après avoir ainsi coupé

les attaches postérieures, on coupe les attaches inférieures en passant la chaîne d'un autre écraseur horizontalement au bas de la première section.

Si l'on voulait enlever l'une des moitiés latérales de la langue, trois sections seraient nécessaires : une transversale en arrière, une médiane antéro-postérieure et une horizontale.

Avant de pratiquer l'opération, M. Chassaignac conseille d'habituer le malade au cathétérisme œsophagien, afin de pouvoir le nourrir, si la déglutition devenait impossible.

M. Demarquay a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 septembre 1855, une observation remarquable par l'absence d'hémorrhagie, le peu de douleur et la rapidité de l'exécution.

Je cite trois cas de cancroïde de la langue, auxquels M. Chassaignac a appliqué sa méthode de l'écrasement linéaire.

OBSERVATION III.

Cancer de la langue. Écrasement linéaire (Service de M. Chassaignac).

Bolzani (Pierre), âgé de 52 ans, entre à l'hôpital le 19 novembre 1859. Il a une assez bonne constitution; il n'accuse pas de maladies antérieures. A 19 ans, il a eu sur le fourreau de la verge un chancre qui a duré six semaines; il n'a fait aucun traitement et ne porte aucun signe de syphilis constitutionnelle. Il a eu trois blennorrhagies en trois ans. Aucun antécédent dans sa famille ne peut justifier par le vice héréditaire la présence de l'affection dont il est atteint. Il fume le brûle-gueule et tient son tuyau à droite. Il y a huit mois, il a fait enlever pour cause de carie ses deux premières molaires du même côté. C'est à cette époque que le malade a vu, sur la partie latérale droite de la langue, une ulcération superficielle qui s'accompagna bientôt d'induration. N'éprouvant aucune douleur, le malade continue à fumer, et pendant cinq mois il ne se fait aucun changement dans la tumeur; mais, dès ce moment, les

progrès sont rapides : l'ulcération et l'induration s'accroissent, les douleurs deviennent très-vives, la parole est difficile, la mastication et la déglutition sont gênées. La salive est sécrétée en quantité normale.

État à son entrée. — Sur le bord latéral droit de la langue existe une ulcération superficielle qui occupe plus des deux tiers antérieurs de cet organe. Elle est située sur une tumeur dure, occupant toute l'épaisseur de la langue, ne dépassant pas la ligne médiane et étendue de la pointe jusqu'aux piliers. Le plancher buccal est sain, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne sont pas engorgés.

Le 20 novembre, l'opération est décidée. Une incision est faite à la région sus-hyoïdienne et les tubes sont placés.

Le 22, la chaîne de l'écraseur remplace les tubes et la section verticale est faite en 40 minutes, la chaîne marchant à un cran par minute ; il n'y a pas de sang. Le moignon antérieur, saisi avec la pince de Museux, est cerné par la chaîne, et il tombe en 35 minutes sans hémorrhagie.

On prescrit de la glace et des bouillons froids. La déglutition est très-difficile, une partie des liquides passe par l'incision sus-hyoïdienne.

Le 23, le malade a de la fièvre ; l'air passe avec facilité dans les voies respiratoires.

Le 24, il y a moins de fièvre. La peau et le pouls sont presque à l'état normal ; la déglutition est plus facile.

Dans la nuit du 25 au 26, le malade se trouve moins bien. Le matin du 26, il ne répond que par signes, est très-abattu. La peau de son visage et de ses mains est cyanosée. A onze heures, il meurt.

La tumeur, examinée par M. Robin, est un cancer épithélial papilliforme type.

OBSERVATION IV.

Cancer de la langue. Ecrasement linéaire (Hôpital Lariboisière, Salle Saint-Augustin, n° 29, Service de M. Chassaignac). Recueillie par M. Fischer.

Paris (Charles), âgé de 60 ans, tailleur, entre à l'hôpital le 4 août 1859.

Forte constitution, mais amaigrissement notable. Pas d'antécédents syphilitiques. Le malade est grand fumeur et se sert de la pipe. De plus, sa dentition laisse beaucoup à désirer ; la plupart des dents du maxillaire inférieur (côté gauche) sont cariées.

Il y a cinq ou six mois, le malade remarqua, sur le bord gauche de la langue, un petit bouton induré, qui persista et grossit assez rapidement. Aujourd'hui, toute la moitié gauche de la langue est dégénérée; elle forme une tumeur résistante, se terminant en arrière, au niveau des piliers, par un mamelon bien prononcé. Le bord gauche de la tumeur correspondant à l'arcade dentaire est le siége d'une ulcération profonde, encore augmentée récemment par une cautérisation vigoureuse. Les mouvements de la langue, la parole, sont gênés. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont sains. On constate une complication fâcheuse et qui pourrait en imposer; c'est une contracture de la mâchoire permettant à peine un écartement de un centimètre.

Après quelques jours consacrés aux soins hygiéniques, le 8 août, l'opération eut lieu sans chloroforme.

Opération. — Les manœuvres préparatoires sont les suivantes :

Un trocart pique le plancher buccal en arrière et sur la ligne médiane, puis ressort latéralement à gauche de la langue ; un tube à drainage est passé dans la canule, entre dans la cavité buccale, et son extrémité ressort par la bouche.

Le trocart est ensuite conduit par la même ouverture du plancher sur le côté droit de la langue, et un tube est passé de la même façon.

Chacun des tubes a ainsi une partie intra-buccale et une extra-buccale.

Les deux portions intra-buccales sont réunies par un fil ciré. En tirant sur les portions extra-buccales, on obtient une anse unique jetée transversalement, comme un pont, en arrière du mamelon postérieur de la tumeur, et dont les chefs passent ensemble par l'ouverture du plancher buccal.

La chaîne de l'écraseur est attachée par une de ses extrémités à un bout de l'anse ; on attire au dehors l'autre bout ; la chaîne remplace l'anse et est articulée sur l'écraseur, dont l'extrémité est placée vis-à-vis l'ouverture du plancher buccal. On fait marcher la chaîne et on opère la section transversale de la langue.

Le temps suivant de l'opération consiste dans la section postéro-antérieure de la langue. L'extrémité antérieure étant attirée en dehors par une érigne, la chaîne est jetée en arrière et en bas de la section transversale et coupe le pédicule de la tumeur.

L'opération complète a duré une heure, et s'est terminée presque sans effusion de sang.

On prescrit de la glace en fragments qui devront être gardés continuellement dans la bouche, et des bouillons froids.

Le malade est resté longtemps au lit et n'a eu comme complication qu'une fièvre intermittente légère, laquelle a cédé à l'emploi du sulfate de quinine. La cicatrisation est assez rapide ; mais, le 4 septembre, un mois après l'ablation de la tumeur, on sentait déjà des nodosités sur le plancher buccal et sur le petit moignon postérieur.

Le 4 octobre, la tumeur récidivée n'a pas augmenté de volume.

Le 7, Paris sort de l'hôpital.

OBSERVATION V.

Hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 29.
(Service de M. Chassaignac.)

Le 4 janvier 1859 est entré le nommé Deschênes (Pierre), âgé de 50 ans, domestique.

Antécédents.—Cet homme n'a jamais eu la syphilis. Il ne fume pas. Depuis une vingtaine d'années, il s'est plaint de petites éraillures de la muqueuse linguale (côté gauche). En janvier 1856, il entre à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau). Il portait une tumeur sur le bord gauche de la langue.

Le 19 février, on passe en dedans de la tumeur un fil double et on étrangle chaque moitié des tissus placés en deçà de la tumeur.

Le 23, la tumeur tombe.

Le 24, en arrière de la plaie cicatrisée, existe une tumeur du volume d'une aveline.

Le 30, le malade sort de l'hôpital.

Depuis dix-huit mois environ, le malade maigrit et sent diminuer ses forces.

Il y a trois mois, le côté droit de la langue commença à s'indurer et grossit rapidement. La parole devint plus embarrassée et l'haleine fétide.

Etat présent.—A la partie droite antéro-externe existe une tumeur volumineuse s'étendant en dedans jusqu'à la ligne médiane, qui est divisée et repoussée vers la gauche. On reconnaît à gauche la cicatrice des ligatures posées par M. Velpeau. Tout autour, les tissus sont parfaitement sains, et par conséquent la récidive n'a pas eu lieu *in situ.* En arrière, la tumeur s'étend jusqu'au niveau de l'isthme, et s'arrête par un mamelon élevé qui cache le pilier antérieur droit. La face su-

périeure de la tumeur est grisâtre, recouverte d'un enduit assez épais qui masque des ulcérations saignant facilement.

Les mouvements de l'organe sont presque nuls. Pas de douleurs, les ganglions lymphatiques sont sains. Le malade ne peut prendre que des aliments liquides.

Du 4 au 8 janvier, le malade est soumis à des soins hygiéniques qui amènent de l'amélioration.

Le 8, l'opération est décidée.—Je ne dirai rien du procédé opératoire employé, qui ne diffère pas de celui indiqué dans l'observation précédente; cependant je dois faire observer que les manœuvres ont eu lieu en deux séances, dans l'ordre suivant : le 8, le plancher buccal est percé à sa partie moyenne et les tubes à drainage sont conduits. Le 10, la chaîne de l'écraseur est jetée transversalement, en arrière de la langue. On fait marcher la chaîne à un cran par quart de minute, puis à un cran par demi-minute.

Au bout d'une heure, la section transversale est terminée. Hémorrhagie légère qui s'arrête bientôt après.

Le deuxième temps de l'opération consiste dans la section postéro-antérieure de la langue. La durée de cette opération a été d'une demi-heure. Pas de sang.

Le soir, pas de douleurs. Pouls plein, développé.

Le 11, l'état est bon. Pas de fièvre. Pouls à 80. Bouillons.

Le 12, l'amélioration continue. Pouls à 70. Le malade commence à parler.

Depuis cette époque jusqu'au moment de sa sortie, l'amélioration a été croissant.

M. Robin, qui a examiné la pièce anatomique, la caractérise ainsi : Tumeur hypertrophique papillaire type (épithélioma).

Le 1er mars, le malade sort de l'hôpital.

Le malade étant revenu à la consultation pour faire cautériser la cicatrice; on s'aperçut qu'elle s'indurait, et, le 21 avril, il rentra à l'hôpital.

On sent toujours, à droite, une tumeur dure, du volume d'une noix et

ulcérée. La peau du plancher buccal est saine ; les ganglions ne sont pas pris.

Le 24 avril, on perce de nouveau le plancher buccal pour faciliter le passage de la chaîne, et on place des tubes.

Le 25 avril, opération. La chaîne est jetée transversalement aussi loin que possible ; la section est faite en trois quarts d'heure, sans effusion de sang ; mais la section postéro-antérieure offre des difficultés à cause de la profondeur des parties à extirper. Un trocart court est alors passé d'avant en arrière, embrochant la base de la tumeur ; la chaîne, glissée en arrière, sous la tige du trocart, est serrée, et, suivant celle-ci, coupe en biseau les tissus situés au-dessous du trocart.

Le deuxième temps a duré près de trois quarts d'heure. L'opération s'est faite, pour ainsi dire, à blanc.

Les suites ont été des plus favorables. Pas de réaction inflammatoire, ni d'hémorrhagie. Le lendemain, le malade mangeait et se levait.

Le 19 mai, *exeat*. On sent de nouveau une induration autour de la cicatrice.

Cette observation démontre combien sont dangereux les cancroïdes de la langue ; ils repullulent avec opiniâtreté, quoique l'on ait paru avoir tout enlevé. Il est probable que dans le tissu de la langue, entre les divers faisceaux musculaires, existent des prolongements de la tumeur qui, soumis à un travail morbide, récidivent rapidement. Dans le cas actuel, il serait, je crois, difficile d'expliquer autrement la récidive de la tumeur à droite, lorsque le cancer avait été opéré à gauche.

Conclusion.

Le cancer de la langue est une affection des plus redoutables. Déjà redoutable par sa nature, elle emprunte à son siége un caractère de gravité exceptionnel. Aussi les chirurgiens, dans l'espoir de débarrasser les malades de cette terrible affection, ou au moins de prolonger leur existence en atténuant leurs souffrances, ont ils proposé un grand nombre de méthodes de traitement. Entre tous ces procédés, il est assez difficile de se prononcer ; cependant, si l'on considère : 1° que les caustiques chimiques sont d'un emploi difficile et même dangereux, si l'on ne prend les plus grandes précautions ; 2° que le fer rouge, s'éteignant rapidement au sein d'une cavité constamment humide, ne détruit qu'une épaisseur minime de tissus et qu'alors on est obligé de l'appliquer plusieurs fois ; 3° que l'amputation par le bistouri cause des hémorrhagies difficiles à arrêter ; 4° que la ligature, ne déterminant pas la chute de la partie étranglée en moins de six ou huit jours, expose à tous les dangers de l'intoxication putride et aussi à l'asphyxie ; 5° enfin, si l'on remarque que l'écrasement linéaire, comme tendent à le prouver les observations que j'ai citées, met habituellement à l'abri de ces accidents, je crois que c'est cette dernière méthode qui devra être le plus souvent indiquée dans les amputations de la langue.

QUESTIONS

SUR LES

DIFFÉRENTES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie. — Idée générale du squelette.

Histologie. —

Physiologie. — De la menstruation.

Physique. — Action de la pesanteur sur les corps. Centre de gravité. Application au corps de l'homme.

Chimie. — De l'oxygène et du soufre. Leurs propriétés caractéristiques et leurs modifications (ozone, soufre mou, etc.).

Histoire naturelle. — Quelles sont les divisions du règne animal ?

Pathologie externe. — De l'anévrysme artérioso-veineux.

Pathologie interne. — Du rhumatisme noueux.

Pathologie générale. — Des épidémies.

Anatomie pathologique. — De la dégénération grise de la moelle épinière.

Médecine opératoire. — Des appareils inamovibles et de leur mode d'application.

Pharmacologie. — Qu'entend-on par pulpes ? Comment les prépare-t-on ? Quelles sont celles qui sont employées en médecine ?

Thérapeutique. — De l'expectation dans les maladies.

Hygiène. — Hygiène des nouveau-nés.

Médecine légale. — De la méthode de Stas pour la recherche des alcalis organiques.

Accouchements. — De la tête du fœtus à terme.

Vu, bon à imprimer,

LAUGIER.

Permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.